

## Helseopplysningskjema kvinnen

<b>Navn:</b>		<b>Personnr:</b>	
<b>Sivilstand:</b> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/>			
<b>Røyking:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Snus:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Alkohol:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Hvor mye:            Hvor lenge:	Hvor mye:            Hvor lenge:	Hvor mye per uke:	
<b>Høyde:</b> .....cm <b>Vekt:</b> .....kg		Har du de siste 12 måneder arbeidet, vært innlagt eller behandlet på institusjon utenfor Norden?    Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Tidligere og/eller nåværende sykdommer	Nei	Ja	År	Tidligere og/eller nåværende sykdommer:	Nei	Ja	År
Hjertelidelse				Bukoperasjon			
Høyt blodtrykk				Tarmsykdom			
Lungelidelse				Blødningssykdom			
Astma				Blodpropp			
Diabetes/sukkersyke				Epilepsi			
Hormonforstyrrelser, skjoldbruskkjertel, annet				Arvelige faktorer (f.eks. blodpropp, diabetes, kreft)			
Urinveisbetennelser				Reumatoid artritt/becherew			
Nyresykdom				Psykiske lidelser, anorrexia, bulimi annet			
Gynekologisk sykdom				Andre sykdommer			
Gynekologisk operasjon				Dersom du har krysset ja på noen av punktene overfor vennligst kommenter på baksiden av arket.			

<b>Antall år ufrivillig barnløs:</b> .....år		
<b>Tidligere graviditeter</b>	<b>Tidligere forhold</b>	<b>Nåværende forhold</b>
Antall barn + kjønn og fødselsår:		
Antall spontane aborter og årstall:		
Antall søkt abort og årstall		
Gravid utenfor livmor og årstall		
Adoptert + kjønn og alder		
<b>Dato siste 3 menstruasjoner:</b>		
<b>Tidligere hormonbehandling:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk:		
Når:	Antall ganger:	
<b>Tidligere IVF:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk:		
Når:	Antall ganger:	
<b>Når tok du celleprøve sist:</b>	Normalt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Tar du noen medisiner?</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja; hvilke?		
<b>Har du noen allergier:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mot hva?		
<b>Overfølsomhet mot medisiner:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja; hvilke?		
<b>Har du tidligere vært innblandet i barnevernssak:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
<b>Annet som vi bør vite om deg:</b>		

Dato: ..... Underskrift.....